

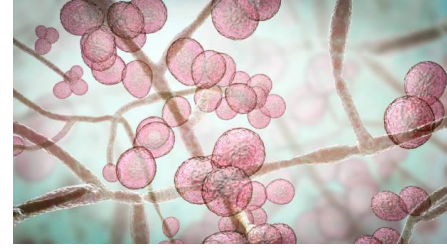
Candidozyma (Candida) auris :
actualités et retour d'expérience
en région Hauts-de-France

9 avril 2026

Journée régionale normande PCI et BUA

Dr Gwenaëlle LOCHER - CPias Hauts-de-France

Liens d'intérêts



Je déclare n'avoir aucun lien d'intérêts.

Généralités



- Levure opportuniste émergente présentant une résistance naturelle à certains antifongiques
- Première identification en 2009
- Forte persistance environnementale et sur la peau
- Responsable d'épidémies hospitalières difficiles à maîtriser
- Acquisition en milieu de soins lors d'une transmission par manuportage, par contact avec l'environnement ou le matériel contaminé, ou par contact direct entre personnes
- Difficultés de diagnostic et de traitement; forte morbi-mortalité en cas d'infection (fongémies, pneumopathies...)

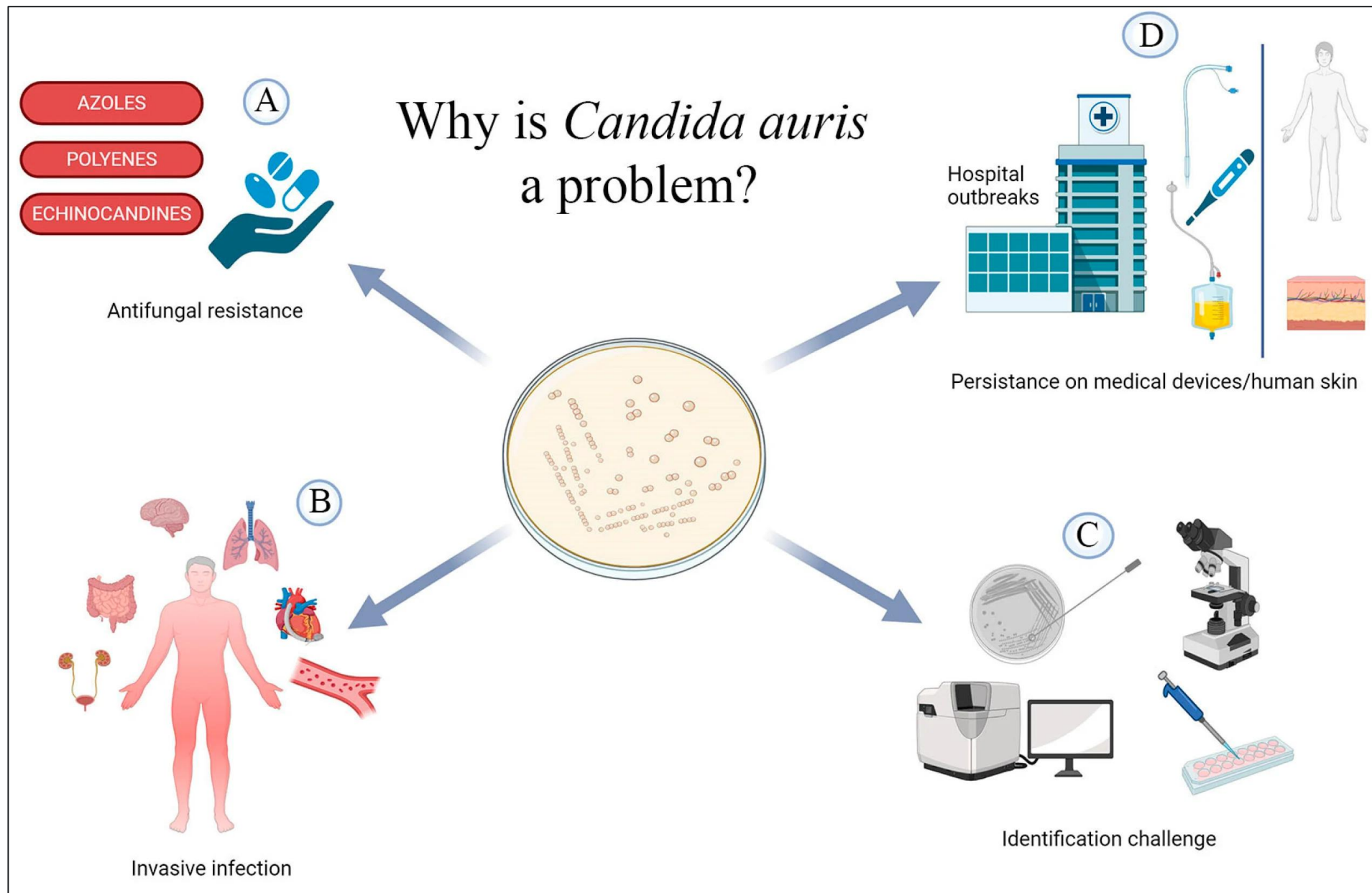
Les problèmes que cela pose

Pour les EPRI :

- Microorganisme méconnu
- Recommandations nationales anciennes et obsolètes (2019)
- Expertise biologiste spécifique
- Résistance aux ATF → expertise
- Risque médiatique

Sur le terrain :

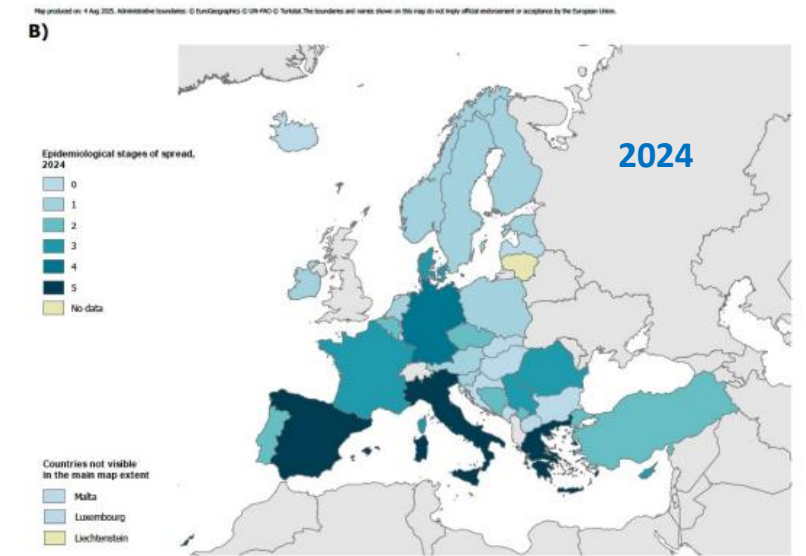
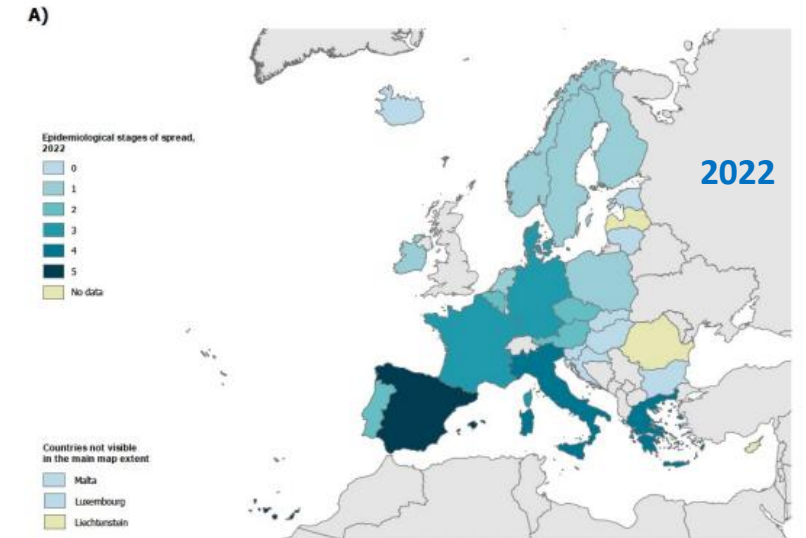
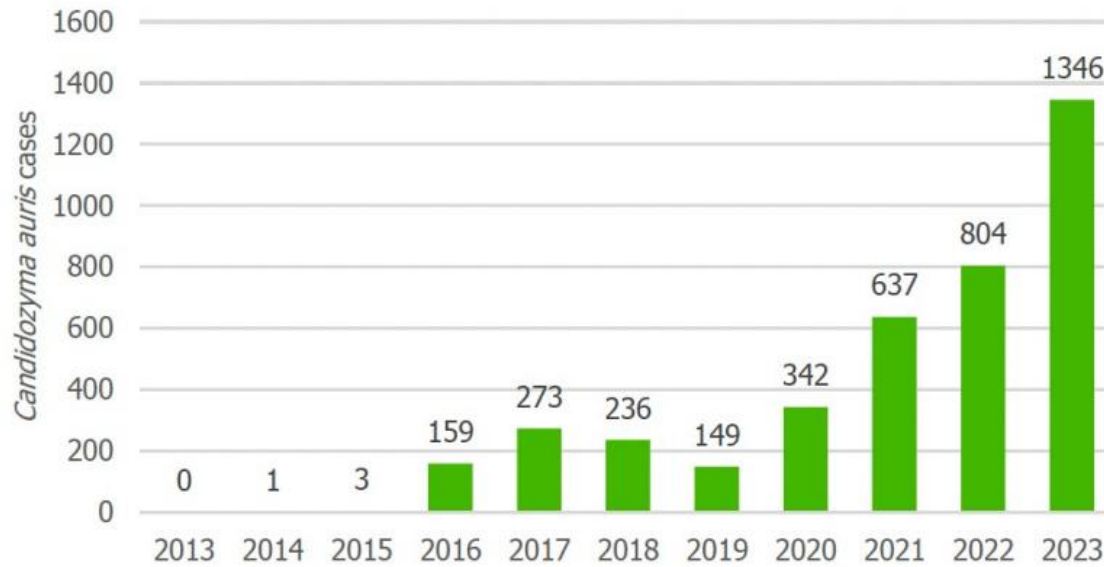
- Nécessite des renforts personnel soignant, EPRI, labo, ASH...
- Désorganisation des soins
- Gravité des infections
- Persistance environnementale +++



SURVEILLANCE AND MONITORING

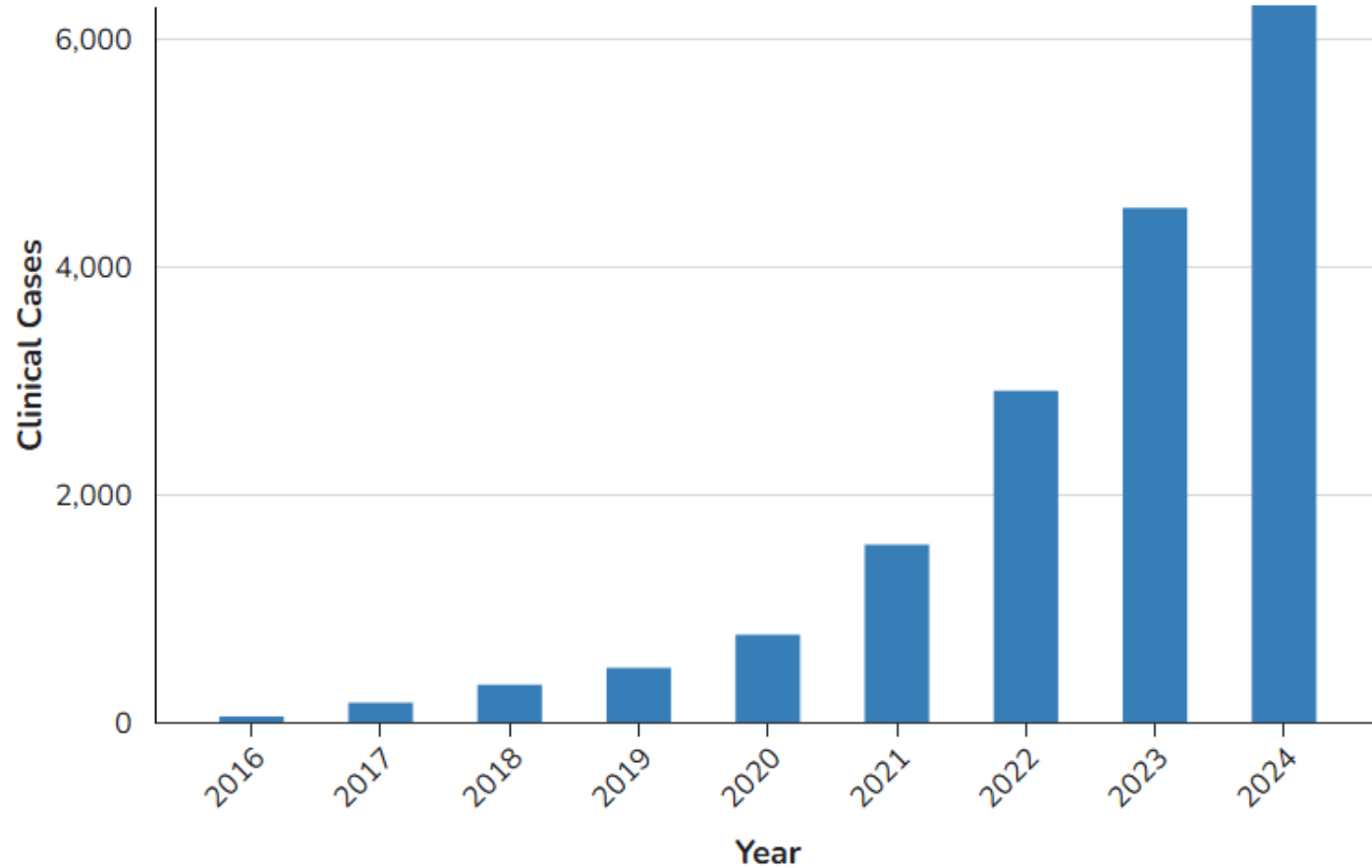
Survey on the epidemiological situation, laboratory capacity and preparedness for *Candidozyma (Candida) auris*, 2024

11 September 2025



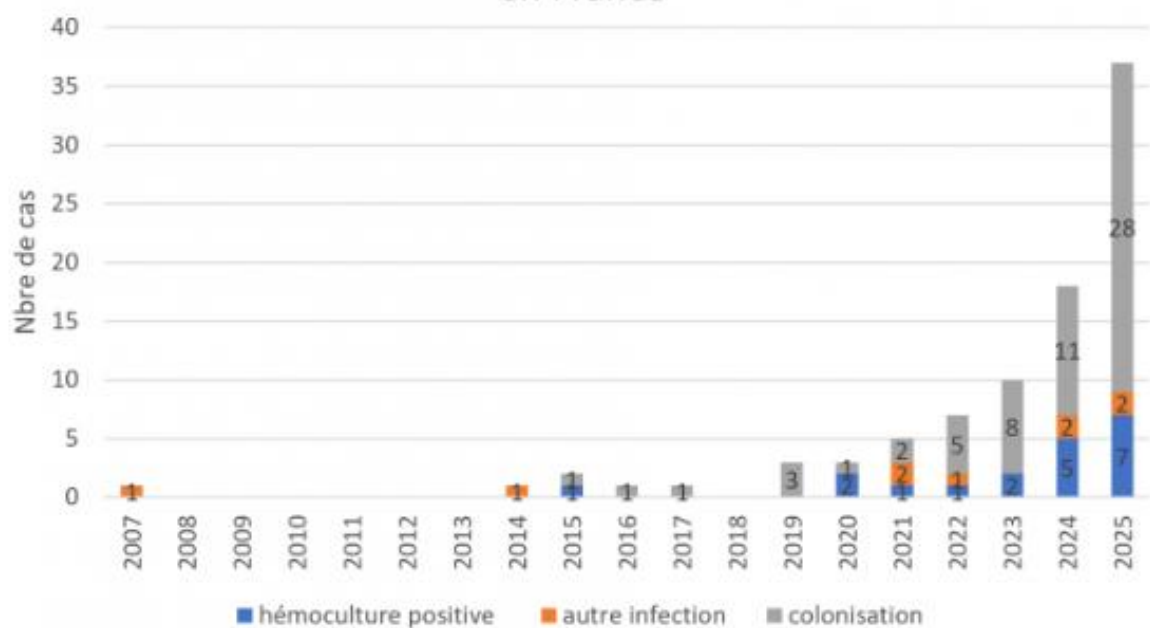
4012 cas entre 2013 et 2023 , dont 1807 en Espagne, 852 en Grèce et 712 en Italie

National Clinical Cases Reported Over Time

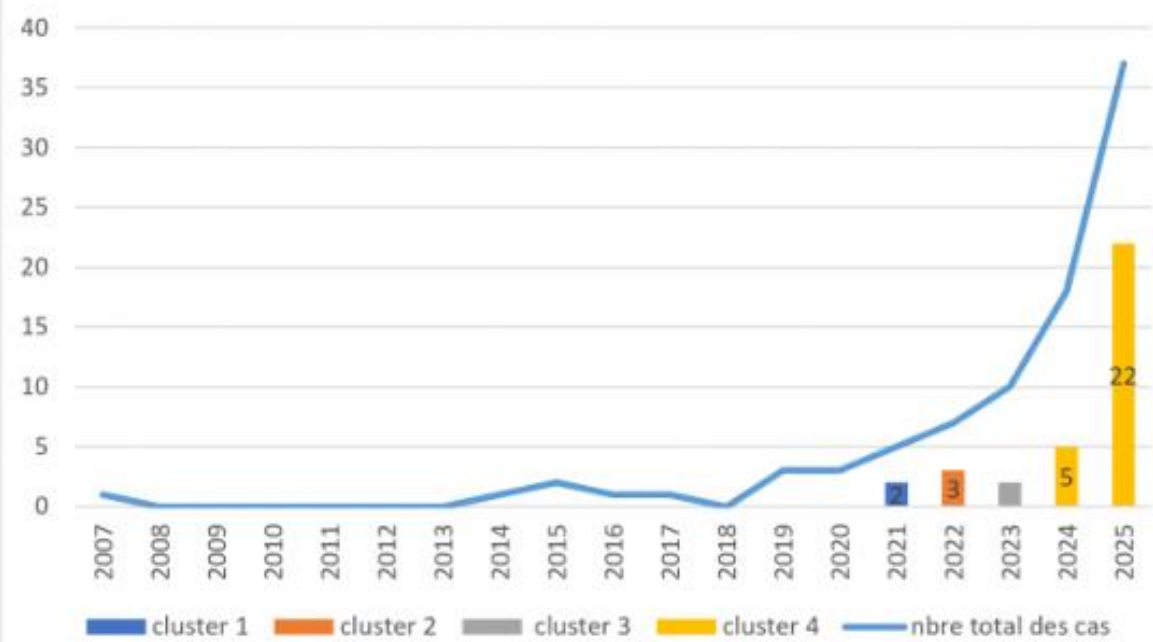


**En 2025 aux Etats-Unis :
notification de 7169 cas de *C. auris***

Cas de colonisation ou infection à *Candidozyma auris* en France



Cas de colonisations et infections dues à des clusters épidémiques



Début de l'histoire en Hauts-de-France

- Patient ukrainien blessé de guerre (juillet), rapatriement en France le 6 décembre 2023
- Colonisé/infecté par plusieurs microorganismes multirésistants (Pyo toto-R, ABRI, BLSE, EPC)
- Démarrage de la stratégie de dépistage *C. auris* : 16 janvier 2024 → positif
- Parcours de soins :

5 mois de réa
2 mois de chirurgie
1 semaine de réa
2 mois et demi en chirurgie
... (St Antoine)..
1 mois en chirurgie

1^{er} acte

- Deux cas secondaires dans la foulée début 2024
- Plus aucun cas secondaire pendant 9 mois
- Patient index transféré à Saint-Antoine en octobre 2024 (retour en février 2025)
- Jusque là... tout va plutôt bien...

3



- ✓ Cellules de crise
- ✓ Sensibilisation des équipes
- ✓ Renforcement bionettoyage
- ✓ Chambres prélevées et bloquées
- ✓ Suivi des contacts
- ✓ Sectorisation en réa
- ✓ Marche en avant en chir dig

2^{ème} acte...

- 23/12/2024 : ECU + à *C. auris*, patiente hospitalisée en réa en l'absence d'un cas et dans des chambres différentes
- Seul point commun : passage en radiologie interventionnelle
- Trois nouveaux cas en janvier 2025
 - Réservoir environnemental non identifié?
 - Maillons épidémiologiques manquants?
 - Pratiques perfectibles?



- ✓ Deux « mises à blanc » de la salle de RI
- ✓ 183 contacts à risque élevé tagués, dépistés, mis en PCCa
- ✓ Pas de blocage des chambres

Un 2^{ème} acte qui se prolonge...

- Un cas inexpliqué en février (aucun lien identifié)
- Cinq cas en mars
- Quatre cas en avril

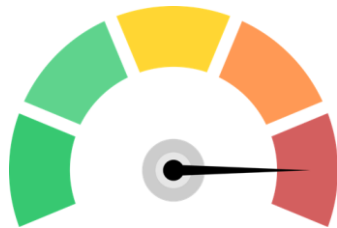
17



- ✓ Supervision de l'entretien de chambre après sortie par l'EPRI
- ✓ Formation des ASH en réa + agents prestataire externe
- ✓ Prélèvements dans les chambres + blocage
- ✓ Fermeture de lits
- ✓ Prélèvements de matériel en réa et RI

3^{ème} acte : été 2025

- 3 juillet 2025 : **découverte fortuite en urologie** chez une patiente non contact **18**
- Passée par la réa chir en juin, hospitalisée dans la même chambre qu'un contact
- Dépistages des contacts → **sept** nouveaux cas entre le 4/7 et le 13/8 **25**
- + un cas supplémentaire en urologie **26**



- ✓ Poursuite des actions EPRI
- ✓ Plus de blocage des chambres
- ✓ Plus de cellules de suivi institutionnel

Dernier acte

- Cas N°27 le 30/09 (contact en réa)
- Cas n°28 le 29/10 (contact en réa)



Épilogue?

En janvier :

- ✓ Plus de patient porteur dans l'établissement
- ✓ Dernière transmission croisée : 29/10/2025
- ✓ File active de porteurs et de contacts → risque non négligeable de récidence



**Un nouveau cas a été
identifié le 30 janvier 2026**

Bilan

- 29 cas + 2 cas associés dans deux autres établissements des HdF
- Clone épidémique clade III
- 8 infections fongiques invasives
- 4 décès chez des patients infectés, dont 2 d'imputabilité partielle
- 18 réunions de gestion de crise
- 4 réunions avec le CNRMA

Bilan des prélèvements d'environnement

- 1^{er} acte : prélèvements de chambres négatifs en culture
- 2^{ème} acte : prélèvements négatifs en culture en salle de RI, une seule chambre positive sur 12 prélevées (mais était visuellement sale); matériel : aucun point positif en culture, 5 points positifs en PCR
- 3^{ème} acte :
 - ✓ 135 points prélevés dans les chambres, 2 positifs en culture
 - ✓ 16 points prélevés sur matériel partagé, 2 positifs en culture
 - ✓ Sur 151 prélèvements : 102 + en PCR

Facteurs ayant contribué à la dissémination

- Secteur impliqué au départ : réanimation
 - ✓ Patients lourds en soins
 - ✓ Impossible de fermer le service, difficile de bloquer des lits
- Durée de séjour du « patient zéro »
- Caractéristiques du microorganisme : persistance environnementale, croissance lente, identification parfois complexe
- Difficultés RH de tous ordres : secteurs de soins, hygiénistes, agents chargés du bionettoyage
- Le sujet qui fâche : l'externalisation du bionettoyage dans certains services

Quelles actions à notre échelle?

- Suivi du signalement et appui à l'établissement (présence aux cellules de crise chaque fois que possible)
- Information des autres CPias d'une situation régionale à risque
- Échanges avec l'ARS, SpFrance, le CNRMA
- Décision de produire des documents régionaux qui vont au-delà des reco du HCSP + fiche validée au national avec le CNRMA
- Enquête régionale auprès des EPRI pour évaluer le degré de préparation des établissements

Fiche à destination des laboratoires de biologie médicale

V1 - Mai 2025

Généralités

- Levure décrite en 2009, elle a émergé très rapidement sur tous les continents.
- Responsable de nombreux cas de colonisations et d'infections chez l'homme depuis 2010.
- Taux de mortalité élevé des infections, comme la plupart des autres levures (i.e. environ 40%).
- Génétiquement proche de *C. haemulonii* et *C. pseudohaemulonii*, levures à tropisme cutané rencontrées principalement en milieu tropical.

Epidémiologie

- La majorité des pays sont actuellement concernés.
- En France, cette levure est généralement importée par les patients rapatriés après une hospitalisation à l'étranger, classique ou en réanimation.
- *C. auris* est responsable d'épidémies en milieu hospitalier. Sa persistance environnementale favorise sa transmission entre patients, d'où l'importance du bionettoyage.

Caractéristiques

- Persistance environnementale de plusieurs semaines sur les surfaces abiotiques (matériel médical, barrières de lit...) mais également sur la peau (colonisation possible >1 an).
- Naturellement sensible à tous les antifongiques, cette levure a acquis certaines résistances :
 - au fluconazole : > 90% des souches.
 - aux échinocandines : < 5% des souches.
 - à l'amphotéricine B : < 2% des souches.

Pré-analytique

Dépistage : le dépistage se réalise par écouvillonnage de trois sites :

- **Axillaire puis inguinal** (utiliser un seul et même écouvillon pour les deux sites).
- **Nasal** (selon la faisabilité, augmente la sensibilité du dépistage à 80%).

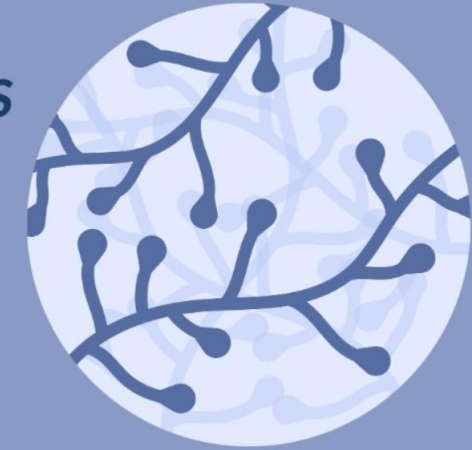
Types d'écouvillons et conservation : écouvillon avec milieu de conservation type Eswab®

- Délai d'acheminement <24h
- Conservation à 4°C de courte durée
- Congélation possible pour PCR ultérieure.

Fréquence de dépistage : nombre de dépistage selon contexte (cf. documents de référence page 4) .

En dehors du dépistage, tout prélèvement est susceptible de contenir du *C. auris* en cas de colonisation (cutanée, respiratoire, digestive, urinaire) ou d'infection disséminée (hémocultures, tout liquide biologique ou biopsie).

Boîte à outils CANDIDA AURIS



<https://www.cpias.chu-lille.fr/2025/05/05/boite-a-outils-candida-auris/>

https://www.pasteur.fr/sites/default/files/20250522_ft_candida_auris_laboratoires_1.pdf

Démarche face à *C. auris* : un classique des EPRI



Anticiper



Repérer



Dépister



Protéger



Signaler

Doit-on gérer *C. auris* comme une BHRe?

- Peut aider pour établir une stratégie
- Points communs : notion de rapatriement sanitaire, lien avec l'étranger, notion de contacts, de cohorting etc...
- MAIS :
 - Pas une bactérie
 - Pas le même réservoir
 - Pas la même survie environnementale
 - Pas la même expertise biologiste



**Nécessité de ne pas uniquement se baser sur le raisonnement BHRe
+ prendre en compte le caractère émergent**



Quelle stratégie de dépistage?

- Pas (encore) de recommandation SF2H et avis HCSP trop ancien
- Fiche CNRMA/SFMM/SF2H : relaie le protocole AP-HP

Dépistage ciblé recommandé chez tout patient :

- Hospitalisé dans les 12 mois précédents dans un pays étranger, notamment pour les patients rapatriés d'une réanimation. Dépistage à réitérer si réadmission dans les 12 mois suivant le retour.
- Antérieurement colonisé ou infecté par *C. auris*
- Contact d'un cas (selon situations décrites ci-dessous).

- Très hétérogène sur le territoire

Groupe de travail
SF2H/SFMM/CNRMA depuis
septembre 2025



Dépister

- Sites de prélèvement : axillaire et inguinal, nasal augmente la sensibilité
- Fréquence : selon le but du dépistage (repérage, surveillance, prévention de la diffusion dans d'autres structures, gestion d'épidémie)
- Tenir compte des contraintes et des organisations internes



Mesures autour d'un cas suspecté ou avéré

- Chambre individuelle
- Précautions complémentaires contact spécifiques *C. auris*
- Dépistages autour du cas
- Renforcement de l'hygiène des mains +++
- Renforcement du bionettoyage +++
- Information des professionnels et des patients
- **Attention à tout ce qui est partagé!**



Entretien de l'environnement

Éviter les ammonium IV

Renforcer la fréquence
(et la qualité)

Utiliser des DD oxydants
d'action rapide

Si possible rajouter une
désinfection après sortie



Entretien de l'environnement

- Renforcer le bionettoyage :
 - Entretien biquotidien par action mécanique avec un produit actif sur *C. auris* efficace en 5 min maximum, comme les produits oxydants (Incidin™, OxyFoam S, Oxyfloor™, Tristel Jet™...) ou à défaut utiliser la procédure Javel à 0,5% en 3 temps, en insistant sur :
 - l'environnement proche (adaptable, barrières de lit, ...)
 - les surfaces et le matériel fréquemment manipulés (chariot de soin, chariot de nursing, clavier d'ordinateur, téléphone, paillasse...)
 - A la sortie du patient : deux bionettoyages successifs sont préconisés. L'entretien peut être complété par une désinfection chimique par voie aérienne (DSVA) ou physique (UV) hors présence humaine
- S'assurer que les responsabilités de l'entretien de ces éléments soient clairement définies (traçabilité...)



Signalement

- Signalement interne à l'EPRI de tout cas suspect
- Signalement externe sur esin par l'EPRI de tout cas de colonisation ou infection à *C.auris*
- A fortiori signaler les cas groupés
- Signalement par les laboratoires hospitaliers au CNRMA + envoi des souches

Conclusions

- Émergence à prendre en compte
- Fort potentiel de désorganisation d'une structure de soins
- Rédaction en cours d'un document national abordant tous les sujets (SF2H/CNRMA/SFMM) + MAJ à venir des reco du HCSP
- Persistance environnementale +++ → attention au matériel partagé, au nettoyage et à l'hygiène des mains

Merci de votre attention

